Aus der Medizinischen Universitätsklinik zu Breslau.
Direktor: Professor Dr. med. K. Gutzeit.

Spätresultate

nach

Cholecystitis, Cholelithiasis, Cholangitis
und Ikterus catarrhalis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades in der Medizin
bei der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau.

Vorgelegt von
Heinz-Günther Ehrlich
Approb. Arzt.

Breslau 1940

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Prof. Dr. Gutzeit
Dekan: Prof. Dr. Gottron

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner Mutter

Vorliegender Arbeit liegt das Material der Breslauer Medizinischen Universitätsklinik aus den Jahren 1924 bis 1934 zugrunde. Es sind dabei sämtliche Fälle berücksichtigt worden, die wegen Cholecystitis, Cholelithiasis, Cholangitis und Ikterus catarrhalis eingewiesen worden sind; also auch diejenigen, welche zunächst als Beobachtungsfälle behandelt wurden, unmittelbar anschließend aber einer chirurgischen Therapie zugeführt werden mußten. Jeder Patient erhielt einen ausführlichen Fragebogen (ein Muster ist am Schluß der Arbeit beigefügt) mit der Bitte, diesen möglichst genau auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Der zeitliche Zwischenraum von dem Aufenthalt in der Klinik bis zur Beantwortung des Fragebogens liegt zwischen 2½ und 12½ Jahren bezw. 3 und 13 Jahren, da verschiedentlich trotz längerer Wartezeit, ohne daß eine Antwort einging oder der Fragebogen leer zurückgesandt wurde, erneut ein solcher zugeschickt werden mußte. Ein großer Teil ist natürlich unbeantwortet geblieben. Dieses mag bei der langen Zeitspanne durch ein- oder oft mehrmaligen Wohnungswechsel und bei Frauen vielleicht sehr häufig durch Namensänderung bei Verheiratung bedingt sein. Wiederholt ist auch die zufällige Wohnung in Breslau angegeben worden, nicht aber die Heimatadresse, so daß der Empfänger durch die Post und auch durch das Einwohnermeldeamt nicht mehr ausfindig gemacht werden konnte. In einer ähnlichen Arbeit finde ich als Grund für das Ausbleiben einer Beantwortung des Fragebogens Unzufriedenheit mit dem Resultat der Behandlung. Dazu kann ich aber sagen, daß uns im Gegenteil in solchen Fällen dieses offen mitgeteilt wurde, und außerdem blieben bei der Nachfrage an Patienten, die wegen Ikterus catarrhalis behandelt worden waren, bei denen doch naturgemäß kaum mit wesentlichen oder überhaupt mit Folgeerscheinungen zu rechnen ist, prozentual ungefähr die gleiche Anzahl Fragebogen unbeantwortet. Man wird also im großen ganzen für den Rest durchschnittliche Ergebnisse annehmen können.

I. Cholecystitis.

Soweit es sich um eine Cholecystitis ohne vorhandene Konkremente handelt (Cholecystitis sine concremento), ist diese so gut wie immer auf pathogene Mikroorganismen zurückzuführen. Vereinzelt wird es sich einmal um reine Intoxikationen handeln. Nach Aschoff sind die durch Infektion bedingten Entzündungen entweder aszendierende (enterogene), haematogene und dann oft deszendierende oder von der Umgebung fortgeleitete. Die durch Bakterium coli verursachte Cholecystitis und Cholangitis, die nach neueren Untersuchungen nicht die Bedeutung hat, wie früher angenommen wurde, ist hauptsächlich eine aufsteigende. Größere Bedeutung sollen für die aszendierende Form Enterococcen haben. Unter den genetisch haematogenen Entzündungen spielt angeblich der Staphylococcus pyogenes eine große Rolle. Von anderen Bakterien wurden solche der Gattung Streptococcus, Bacterium pneumoniae, pyocyaneum, influenzae und vulgare (Proteus), Micrococcus catarrhalis, Gasbrandbazillen u. a. m. nachgewiesen. Auch bei diesen Infektionen ist die Genese vorwiegend eine haematogene.

Wenn von den genannten Bakterium coli und Enterococcus in erster Linie eine aszendierende, enterogene Cholecystitis nach Überwindung des Sphincter Oddi zur Folge hatten, so sind die anderen vorwiegend auf haematogenem Wege in die Gallenblase gelangt. In einer großen Anzahl der behandelten Fälle war es möglich, eine vorangegangene Infektionskrankheit anamnestisch nachzuweisen. Von besonderer Bedeutung scheinen hier die fokalen Infektionsherde zu sein, auf die sich Erkrankungen mannigfacher Art und auch gelegentlich eine Cholecystitis zurückführen lassen. Mehrmals waren es Anginen, die unmittelbar oder nach einiger Zeit eine Entzündung der Gallenblase zur Folge hatten. Auch Grippe, Ruhr, Scharlach, Otitis media schienen wiederholt eine Rolle zu spielen. Eigenartig erscheint aber ein Fall, bei dem eine vor vielen Jahren durchgemachte schwere Ruhr für eine Cholecystitis als Ursache anzunehmen ist:

> Patient F. K. hatte im Jahre 1900 in Tientsin eine Ruhr mit Leberabszessen. Er hat damals 29 Wochen im Lazarett gelegen. Im Jahre 1915 traten heftige Schmerzen in der Lebergegend auf. 4 Tage lang bestand hohes Fieber. Erst nach 2 Monaten Bettruhe war er wieder arbeitsfähig. Am 5. März 1927 kommt der Patient in die Klinik, weil er seit 14 Tagen, nach Heben einer schweren Last, wieder Schmerzen in der Lebergegend bekommen hat. Es besteht 39 Grad Fieber.

Offenbar ist hier die Infektion über viele Jahre latent geblieben und wurde durch das Trauma manifest. Mehrfach

konnte ich auch bei anderen Patienten ein Trauma als auslösende Ursache feststellen.

Im allgemeinen wird sich aber eine Cholecystitis ohne weiteres schwer mit einer längere Zeit vorangegangenen Infektion kausal in Zusammenhang bringen lassen. Eher ist diese in solchen Fällen im Sinne einer verminderten Widerstandsfähigkeit des gesamten Organismus zu bewerten, die allmählich durch wiederholte Infektionen oder durch chronische konsumierende Erkrankungen entstanden ist. In allen Fällen, wo diese Faktoren nicht nachweisbar sind, wird man auch die Virulenz der Erreger in Betracht ziehen müssen. Natürlich spielt auch hier, wie wohl bei allen Krankheiten dieser Art, eine bestehende Krankheitsbereitschaft des Organismus eine Rolle. In einer sehr großen Anzahl, der mir zur Verfügung stehenden Fälle, konnte ich aus der Anamnese entnehmen, daß dieser oder jener Patient im Laufe seines Lebens schon mehrfach Krankheiten durchgemacht hat. Masern, Scharlach und Diphterie werden wohl meistens als Kinderkrankheiten angegeben aber auch häufige Erkältungen, Grippe, Mittelohrentzündung, Anginen und Gelenkentzündungen weisen immer wieder auf eine erhebliche Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit und auf eine gewisse Disposition hin. Offenbar wird dieses noch viel eindringlicher bei einer Tuberkulose, wo der chronische Verlauf der Krankheit besonders geringe Abwehrfunktionen gegen interkurrente Erkrankungen zeigt. Dasselbe zeigt sich auch, wenn es sich um ein scheinbar gesundes Mitglied einer ausgesprochen mit Tuberkulose behafteten Familie handelt. So finden wir in einem Falle, daß der Bruder in einer Lungenheilstätte ist, das Kind Drüsen am Hals hat und der Patient selbst wegen Drüsen am Ohr bestrahlt worden ist. In einem anderen Falle war der Patient selbst erst vor kurzer Zeit 13 Wochen in einer Lungenheilstätte, bei einem weiteren ist der Vater an Tuberkulose gestorben usw.

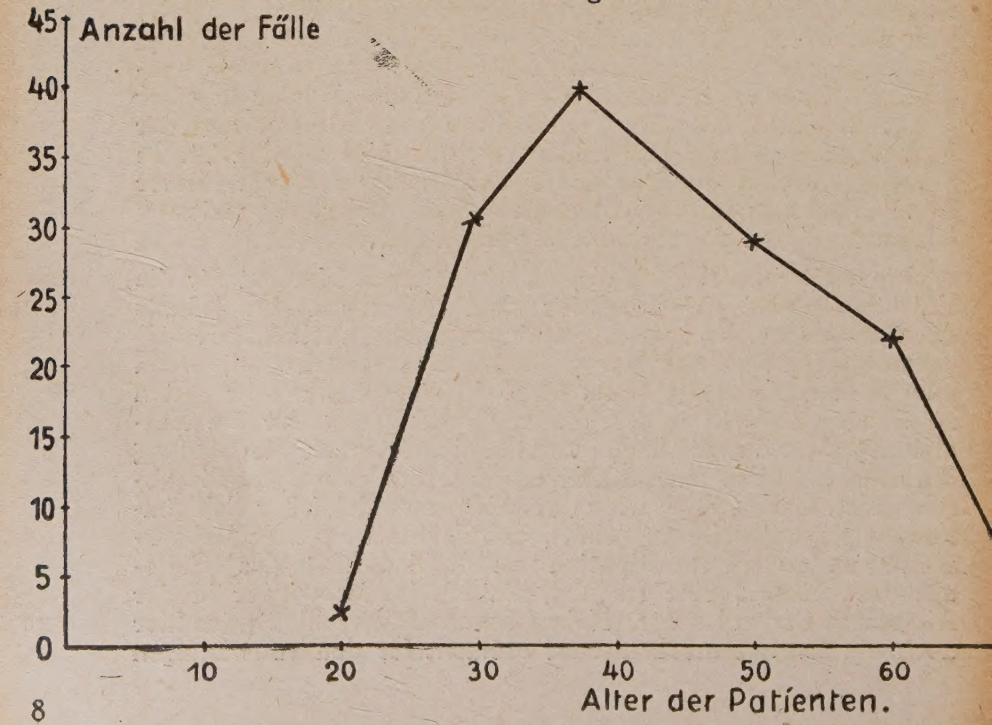
Ein weiteres sehr wichtiges aetiologisches Moment für die Entstehung einer Cholecystitis sind Stauungen des Inhalts der Gallenblase. So kann ein Stein im Ductus choledochus ausgesprochenen Hydrops der Gallenblase erzeugen und, wenn man bedenkt, daß die Galle für Bakterien einen sehr guten Nährboden liefert, so ist dieses Grund genug für die Entstehung einer Entzündung. Verständlich ist auch die Stauung durch Übergreifen eines Katarrhes des Duodenums auf die abführenden Gallenwege, wo es ebenfalls zu reichlicher Schleimbildung kommt. Hierzu gehört, daß dauernd sitzende Lebensweise und auch Obstipation zu Behinderung des Galleabflusses führen, eine Angabe, die ich immer wieder in der Anamnese finden konnte. Neben dem Steinverschluß wäre hier noch ein zweites mechanisches Moment für den vollständigen

oder teilweisen Verschluß der Gallenwege zu nennen: Die Verwachsungen in der Umgebung. In der Gravidität und durch Meteorismus bei Obstipation kann es zu Lageveränderungen der Gallenblase kommen. Dietrich sagt: „Für die Entleerung der Galle sind die Lage der Gallenblase und der Verlauf der Gallenwege sowie der Stand der Leber zum Duodenum, der durch Hoch- oder Tiefstand des Zwerchfelles und die Spannung der Bauchwand bestimmt wird, bedeutungsvoll." Die Stauung in der Gallenblase spielt aber zweifellos für die Entstehung von Gallensteinen eine größere Rolle als für eine Cholecystitis allein. K. Westphal fand auf Grund umfangreicher Versuche und Untersuchungen am Menschen sowohl in der Gravidität als auch während der Menstruation eine gesteigerte Reizantwort der Gallenwege. Er faßt die in dieser Zeit häufig beobachteten initialen Gallenabflußhemmungen als reine Motilitätsneurosen der Gallenwege auf. Man wird sich dieser Auffassung unschwer anschließen können, wenn man mehrmals die ersten Erscheinungen einer Cholecystitis in dieser Zeit auftreten gesehen hat.

In dem Zeitraum von 1924 bis 1934 sind in der Breslauer Medizinischen Universitätsklinik insgesamt

134 Fälle

wegen Cholecystitis behandelt worden, die in der folgenden Tabelle nach Alter und Häufigkeit der Erkrankung in den verschiedenen Altersklassen zusammengestellt sind.



Übereinstimmend mit den Angaben in der Literatur ergibt sich auch hier die höchste Anzahl der Erkrankungen um das 40. Lebensjahr. Bis dahin steil ansteigend, zeigt aber die Kurve, wie im höheren Alter die Häufigkeit langsamer zurückgeht, um etwa vom 60. Lebensjahre an wieder rasch abzusinken.

Wieweit sich die Fälle in den einzelnen Jahren auf Männer und Frauen verteilen, ist aus der nächsten Aufstellung ersichtlich:

Jahre	männlich	weiblich	zusammen
1924	1	4	5
1925	0	8	8
1926	3	7	10
1927	5	7	12
1928	6	6	12
1929	15	12	27
1930	5	7	12
1931	10	5	15
1932	7	10	17
1933	5	11	16
	57	77	134

Für uns würde also das Verhältnis 1 : 1,4 zutreffen. Ich muß aber erwähnen, daß an unserer Klinik eine Frauen- und drei Männerstationen bestehen, jede mit der gleichen Bettenzahl, und es sich somit um ein Zufallsergebnis handeln muß. Nach rechnerischer Auffüllung würde das Verhältnis 1 : 4 betragen.

Von den 134 Patienten konnten 85 (63,4%) durch die Nachfrage erfaßt werden. Im folgenden sind davon diejenigen Fälle, die nach der Behandlung vollkommen beschwerdefrei wurden und es auch bis zum Termin unserer Nachfrage geblieben sind, zusammen mit denjenigen behandelt, die praktisch ebenfalls als völlig geheilt zu betrachten sind. Insbesondere betrifft dieses chronische Cholecystitiden, wo schon bei Beginn der Behandlung ausgedehnte Verwachsungen in der Umgebung der Gallenblase zu konstatieren waren, und bei denen es galt, die Beschwerden auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Der Chirurg S t i c h sagt einmal, daß vielfach die äußerst dehnbaren Begriffe „Heilung" und „Besserung" günstiger durch „Arbeitsfähigkeit" ersetzt werden könnten. So haben wir auch in unseren Fragebogen diese Dinge besonders berücksichtigt. Leichte diffuse Beschwerden, durch welche die Arbeitsfähigkeit in keiner Weise beeinträchtigt wird, wird man ohne weiteres und ohne Bedenken zu den guten Erfolgen rechnen können. Hierzu gehören auch die gelegentlichen Störungen von seiten des Magen-Darmtraktus. Häufige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Herzklopfen, Obstipation Diarrhöen und ver-

schiedenes andere werden gewiß in vielen Fällen schon lange vorher bestanden haben oder haben sich nachher eingefunden, sind aber gänzlich selbständige Erscheinungen und haben mit der Gallenblasenerkrankung nichts zu tun. Es sind z. B. Fälle, bei denen nur ganz selten nach groben Diätfehlern noch leichte ziehende Schmerzen im rechten Oberbauch auftreten, zu den guten Ergebnissen gerechnet worden. Beschwerdefreiheit bei Cholecystopathie ist nun einmal zum großen Teil mit eine Frage der Diät. Leider gestattet aber vielen Patienten ihre wirtschaftliche Lage nicht, sich an die Diätvorschriften zu halten, wie es wiederholt geäußert wurde. Demnach ergab die Nachfrage bei

55 Fällen vollkommene Heilung.

Es gehören hierzu 6 Patienten, die chirurgisch behandelt werden mußten, 1 wegen subacuter Pancreatitis, 2 wegen hochfieberhafter Cholecystitis und 3 wegen positivem Lungenbefund. Bei diesen war mit Rücksicht auf die ungünstige Beeinflussung des Lungenbefundes zur Operation geraten worden. Ausgeführt wurde jeweils eine Cholecystektomie. Es handelt sich bei den geheilten Patienten um

21 Fälle von acuter Cholecystitis, 3 davon wurden operiert, und

34 Fälle von zum Teil schwerster chronischer Cholecystitis mit oft jahrelang bestehenden Beschwerden, oft wiederkehrenden heftigen Koliken oder längere Zeit vorhandenem Subikterus, von denen gleichfalls 3 operiert wurden. Zu den letzteren gehören der soeben angeführte Fall von subacuter Pancreatitis und 2 Fälle mit Lungentuberkulose. Es geht daraus hervor, daß man mit einer Operation bei chronischer Cholecystitis möglichst zurückhaltend ist, sofern natürlich nicht zwingende Gründe vorliegen. Nach den Ergebnissen von C. A. Kunath (Iowa City) auf Grund von Nachuntersuchungen bei 100 operierten steinfreien Cholecystitiden wird der Entschluß zur Cholecystektomie am besten immer noch von einer sehr genau aufgenommenen Anamnese abhängig gemacht. Insbesondere, als er bei seinen Nachuntersuchungen zu folgenden Resultaten gekommen ist: von den Kranken mit Koliken wurden 86% geheilt, von denen mit Verdauungsbeschwerden nur 33%, und 38% der Kranken, die vor der Operation keine Verdauungsbeschwerden gehabt hatten, klagten über solche, nachdem die Gallenblase entfernt war. Danach scheinen diese Störungen weniger durch eine falsche, als durch eine fehlende Funktion der Gallenblase hervorgerufen zu werden. Bei einer Nachuntersuchung von 60 operierten steinfreien Gallenblasen der Kölner Klinik (v. Haberer) blieben 23,4% beschwerdefrei. Zander stellte bei 42% der steinfreien Gallenblasen, bei denen bei der Operation nur Verwachsungen oder Stauungssymptome bestanden, postoperative

Beschwerden fest. Bei der Operation findet sich oft nicht der erwartete Befund, die Steine fehlen, die Gallenblase selbst ist oft nur geringgradig verändert; die Wand fühlt sich etwas derber als normal an. Mitunter bestehen Verwachsungen der Gallenblase mit dem Netz, Magen oder Duodenum. Histologisch findet sich eine chronische Entzündung mit frischer Reizung und Lymphdrüsenschwellung an der Mündung des Ductus cysticus mit Sinuskatarrh. Bei den schlechten Ergebnissen, und da man mit der Exstirpation nicht das Grundleiden bessert, lehnt v. Haberer seit Jahren die Wegnahme von steinfreien oder Stauungsgallenblasen ab. Desgl. warnt auch Schmieden vor der indikationslosen Wegnahme der Gallenblase genau so, wie vor einer überflüssigen Gastroenterostomie.

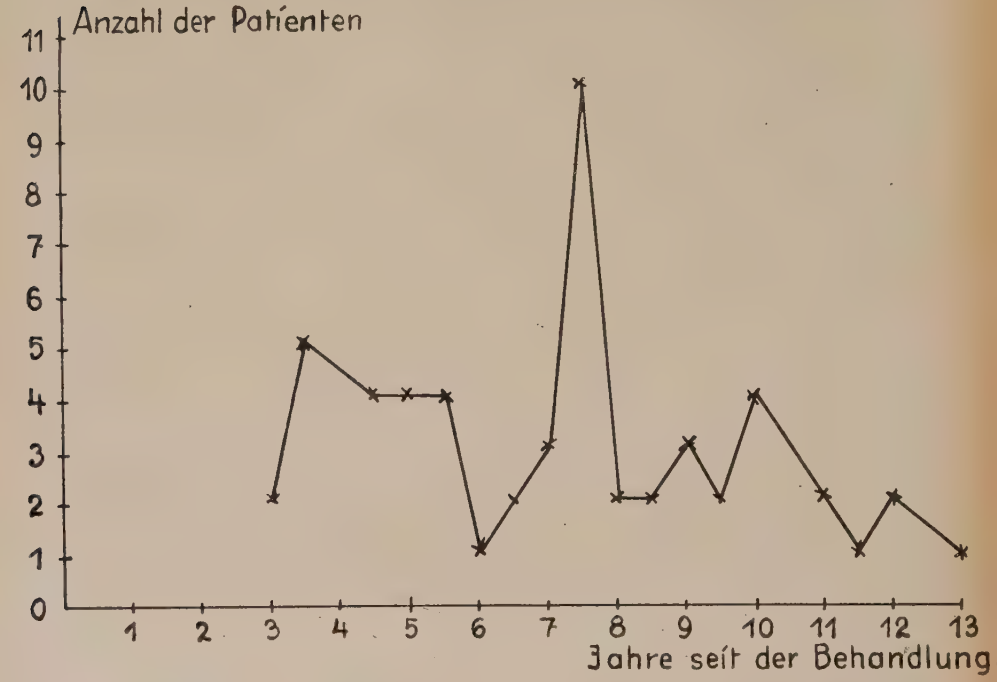
8 Patienten wurden erst nach einer Kur im Anschluß an die Behandlung in der Klinik in Bad Mergentheim, Karlsbad oder Schuls-Tarasp völlig beschwerdefrei, einer davon 1 Jahr nach erfolgter Gallenblasenoperation.

Auffallend günstig therapeutisch beeinflußbar scheint mir eine Cholecystitis im Anschluß an eine Gravidität zu sein. Die 4 Fälle von Cholecystitis post graviditatem aus unserem Material, die bei der Aufnahme in die Klinik sämtlich mittelschwere bis schwere Krankheitsbilder zeigten, erwiesen sich jetzt ausnahmslos als vollkommen geheilt. Besondere körperliche Schonung und Einhaltung der Diät konnten in keinem von diesen Fällen durchgeführt werden. Leider habe ich in der Literatur keine Berichte über Fernresultate von Cholecystitis intra bezw. post graviditatem finden können. Natürlich beweisen diese vier Fälle allein nichts, aber es schien mir immerhin auffallend, daß sich gerade diese in der Folgezeit, die in dem einen angeführten Falle schon mehr als 11 Jahre beträgt, so außerordentlich günstig entwickelt haben. Ob es bei der vorübergehenden Stauung, die durch die Verlagerung der inneren Organe in der Gravidität bedingt ist — also das mechanische Moment im Vordergrund steht — nur zu besonders leichten und gut regenerationsfähigen Cholecystitiden kommt, vermag ich nicht zu entscheiden. Vielmehr glaube ich annehmen zu dürfen, daß, wenn es erst einmal zu einer Entzündung gekommen ist, diese dann in der falten- und buchtenreichen Schleimhaut der Gallenblase sehr gute Möglichkeiten zur Weiterentwicklung hat.

1 Patientin starb 7 Jahre nach der Behandlung an einer doppelseitigen Lungenentzündung, nachdem sie von ihrem Gallenleiden völlig geheilt war.

Das Gesamtergebnis ist umso besser zu bewerten als sich herausstellte, daß sich eine große Anzahl, namentlich Männer, kaum mit der Arbeit schonen konnte, Landwirte, Handwerker, Schwerarbeiter.

Aus der folgenden Tabelle ist in übersichtlicher Form abzulesen, wieviele Patienten jeweils in den verschiedenen Zeiträumen vom Tage der Entlassung aus der Behandlung bis zur Beantwortung des Fragebogens dauernd geheilt und rezedivfrei geblieben sind. Z. B. waren nach 3½ Jahren 5 Patienten beschwerdefrei, nach 7½ Jahren 10, nach 10 Jahren 4 usw.



Daß, kurvenmäßig betrachtet, diejenigen Fälle deren Behandlung in der Klinik am längsten zurückliegt, in geringerer Zahl vorhanden sind, liegt nur an der eingangs betonten Verzögerung der Antworten bei den am weitesten zurückliegenden Fällen überhaupt. Keinesfalls bedeutet das, wie aus den einzelnen beantworteten Fragebogen noch besser ersichtlich ist, eine Einschränkung der Dauerresultate.

18 Patienten klagen noch immer über leichte Beschwerden, verschiedentlich auch trotz Einhaltung der vorgeschriebenen Diät oder allerdings nur äußerst selten, im Jahre höchstens 1 bis 2 mal, über Auftreten von leichten bis mittelschweren Kolikanfällen. Letzteres besonders nach schwerer körperlicher Arbeit oder Erschütterung. Überhaupt ist für die Statistik belastend hinzuzufügen, daß in unserem Material die überwiegende Zahl der männlichen Patienten Handarbeiter, z. T. Schwerarbeiter sind. Unter den Frauen sind gleichfalls viele

Fabrik- und Landarbeiterinnen. Von diesen 18 Patienten waren 2 im Anschluß an die Beobachtung operiert worden.

4 Patienten zeigten ein negatives Ergebnis der Therapie, darunter 2 nach Gallenblasenoperation. Einer davon ist von Beruf Schmied, 38 Jahre alt, er führt die Verschlechterung seines Zustandes selbst auf sehr schwere körperliche Arbeit zurück, kann sich aber aus finanziellen Gründen und mit Rücksicht auf seine Familie augenblicklich keiner erneuten Behandlung unterziehen. Von seiten des Kreisarztes sind aber Schritte zur Unterbringung in einer leichteren Arbeit unternommen worden. Bei dem zweiten Fall, einem 55 jährigen Manne, bestehen noch heute stärkere Gallenbeschwerden und eine Hydronephrose. Der dritte Patient wurde im Anschluß an die interne Behandlung operiert und hat noch heute starke Beschwerden, wahrscheinlich infolge ausgedehnter Verwachsungen und Adhaesionen, schon seit kurzer Zeit nach der Operation, welche im Dezember 1933 stattfand. In dem vierten Falle handelte es sich um eine jetzt 54 Jahre alte Patientin, die vom 6. bis 24. Juli 1925 bei uns in Behandlung war. 1926 und 1927 wurden aber außerhalb 2 Operationen wegen Gallenblasenentzündung nötig. Sie klagt noch heute über umfangreiche Beschwerden, ist aber durchaus fähig, leichtere Hausarbeiten zu verrichten.

Wenn man einmal versucht, bei den beiden letzteren Gruppen Gründe für das teilweise oder gänzliche Ausbleiben eines Erfolges der Behandlung zu finden, so muß in erster Linie erwähnt werden, daß in den meisten Fällen die Einhaltung der Diätvorschriften nicht möglich war. Hierzu kommt noch, wie schon vorher erwähnt, daß es sich gerade bei diesen meistens um Landarbeiter, Handwerker und Schwerarbeiter handelt. Mißbrauch von Genußmitteln, insbesondere Nikotin, schienen hier keine Rolle zu spielen, wenigstens wurde in keinem Falle auf die besondere Frage Alkohol- oder Nikotinabusus angegeben.

Gestorben sind inzwischen 9 Patienten:

1. Frau E. H. in der Klinik vom 12. 9. bis 22. 10. 1932, damals 51 Jahre alt. Die Untersuchung ergab eine chronische Cholecystitis mit Verdacht auf Steine. Außerdem bestand ein Zahnwurzelgranulom. Die Patientin sollte chirurgisch behandelt werden, lehnte aber eine Operation aus unbekannten Gründen ab. Die Todesursache war nicht mehr zu ermitteln.

2. Frau O. K., 34 Jahre alt, war vom 9. 10. bis 17. 11. 1928 in der Klinik. Eine Operation wurde von der chirurgischen Klinik abgelehnt, weil ein inoperabler Tumor des Uterus bestand. Für letzteres spricht eine starke Gewichtsabnahme seit einigen Monaten und außerdem Fluor und heftige Kreuzschmerzen. Sehr schlechter Allgemeinzustand.

3. Patient P. N. im Alter von 69 Jahren an Magenkrebs.

4. Patientin W. F., 72 Jahre alt, war vom 23. 2. bis 9. 3. 1932 wegen Perforationsperitonitis bei Gallenblasenentzündung aufgenommen und sofort zur Operation verlegt worden.

5. Patient H. S., 50 Jahre alt, war vom 23. 2. bis 9. 3. 1932 in Behandlung. Nachdem sich sein Zustand bedeutend gebessert hatte und keine Koliken mehr auftraten, erfolgte am 22. 8. 1935 plötzlich Durchbruch der Gallenblase mit eitriger Peritonitis. In der Gallenblase fanden sich massenhaft Steine.

6. Patientin K. Sch., 46 Jahre alt, wurde am 29. 10. 1930 aufgenommen und wegen Pankreatitis sofort nach der chirurgischen Klinik verlegt.

Bei weiteren 3 Fällen, die im 40., 66. und 75. Lebensjahre standen, ließen sich der Zustand nach der Behandlung und die Todesursache nicht mehr feststellen.

An dieser Stelle möchte ich nochmals auf die einleitend angeführten Gründe für die Nichtbeantwortung von Fragebogen hinweisen. Für diese restlichen 49 Patienten wird man wohl die durchschnittlichen Ergebnisse anwenden können.

II. Cholelithiasis.

Es ist nicht ohne weiteres möglich, das große Kapitel der Gallensteinkrankheit von den übrigen Erkrankungen des Gallensystems wirklich logisch und mühelos zu trennen. „Das Vorhandensein von Steinen ist schon lange nicht mehr das allein bestimmende, maßgebende Moment für jenes typische, aus Koliken und Ikterus bestehende Krankheitsbild des Gallensystems. Auch andere Leiden stehen mit ganz ähnlichen Symptomen in Differentialdiagnose, und andererseits fehlen die Steine keineswegs bei Krankheitsgruppen, deren ursächliche oder nebensächliche Begleiter sie sein können. Die „Cholecystitis sine concremento" ist nicht wesensverschieden von der echten Cholelithiasis" (Schmieden).

Über die Entstehung von Gallensteinen wird man mit Aschoff wohl heut allgemein der Ansicht sein, daß diese nicht die Folge jeweils einer einzelnen Ursache sind, sondern daß es sich sicher um einen „pathogenetischen Komplex" handelt. Er faßt seine Anschauung über die Entstehung von Gallensteinen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Für die Entstehung der Gallensteine kommen als wichtigste Faktoren die Stauung, die Infektion und die Stoffwechselstörung in Betracht.
2. Die Stauung oder Stockung des Gallenblasenflusses allein macht keine Steinbildung, begünstigt aber
   a) bei gleichzeitiger Stoffwechselstörung die Auskristallisierung etwaiger über die Lösungsgrenze angereicherter Stoffwechselprodukte, z. B. des Cholesterins, und damit die Bildung z. B. der Cholesterinsteine;

b) bei der häufig schon vorhandenen erfolglosen Infektion der Gallenwege das Erfolgreichwerden derselben und damit die Bildung z. B. der Cholesterinpigmentkalksteine.

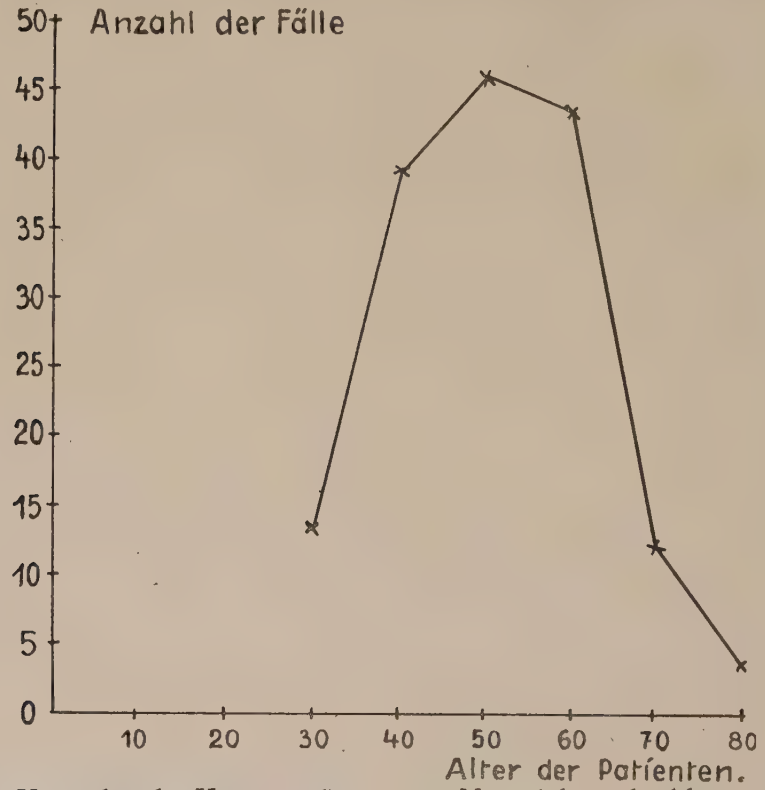
3. Die vorübergehenden Stockungen sind im wesentlichen auf funktionelle Störungen an den Verschlußmechanismen der Gallenwege zurückzuführen. Man muß zwischen Verschlußstörungen am Choledochus (Oddi'scher Sphincter) und solchen am Anfangsteil des Cysticus (Lütkens'scher Sphincterapparat) unterscheiden..
4. Die einfache sog. Stauungsblase, richtiger Stockungs- oder Überfüllungsblase genannt, kann ganz verschiedene Ursachen haben, die in Störungen des Oddi'schen oder Lütkens'schen Sphincters begründet sind. Man wird Choledochus- und Cysticusbedingte hypertonische und Gallenblasenbedingte hypotonische Überfüllungs- oder Stauungsgallenblasen zu unterscheiden haben.
5. Primäre Bildung von Steinen in sonst gesunden Gallenwegen ist äußerst selten. Nur bei länger dauernder Gallenstauung entstehen die erdigen Pigmentsteine. Alle sonst gefundenen Steinarten sind, von seltenen Ausnahmen abgesehen, aus der Gallenblase eingewandert. Diesen wandernden Steinen kommt wegen der durch sie bedingten reflektorischen Störung der Verschlußmechanismen am Oddi'schen Sphincter die größte Bedeutung für die ernsteren Erkrankungen der intrahepatischen Erkrankungen der Gallenwege und des Leberparenchyms zu.
6. Da sich Stoffwechselstörungen nur schwer, bakterielle Infektionen der Gallenwege und der Gallenblase garnicht vermeiden lassen, wird vor allem die durch funktionelle Störung bedingte Stauung prophylaktisch und therapeutisch anzugreifen sein.

In der Zeit von 1924 bis 1934 wurden insgesamt 157 Patienten wegen Gallensteinleiden zunächst in die Medizinische Klinik aufgenommen. Von diesen wurden 34 sofort, bezw. nach kurzer Beobachtungszeit, zur Operation verlegt; bei weiteren 20 Patienten wurde zu einer Operation geraten, diese aber nicht sofort für notwendig befunden, so daß mehrere Patienten deshalb später noch in einem anderen Krankenhause operiert wurden. Eine Patientin lehnte die sofort angeratene Operation ab. Rein intern behandelt wurden also

102 Patienten.

Die Indikation zu einer Operation wird im wesentlichen von Fall zu Fall entschieden werden müssen. Zwingende Gründe sind dagegen Perforation der Gallenblase mit ihren Folgeerscheinungen, Verschlußstein im Choledochus mit längere Zeit bestehenden Ikterus und schließlich Fälle, bei denen jede kon-

servative Therapie versagt hat. Wie bei Cholecystitis so erstreckt sich auch hier die Nachfrage sowohl auf die konservativ als auch auf die chirurgisch behandelten Fälle.



Vorstehende Kurve zeigt unser Material nach Alter und Häufigkeit in den verschiedenen Altersklassen geordnet, woraus ersichtlich ist, daß das Gallensteinleiden etwa zwischen dem 35. und 60. Lebensjahre vermehrt auftritt. Bei Betrachtung großer Sammelstatistiken ist das Gallensteinleiden zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre viermal so häufig wie vor dem 30. Lebensjahre und Fälle vor dem 10. Lebensjahre sind in der Literatur nur wenige bekannt. Das Verhältnis von Männern zu Frauen in den einzelnen Jahren zeigt die folgende Tabelle:

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1924	2	2	4
1925	1	6	7
1926	5	9	14
1927	4	6	10
1928	5	11	16

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1929	8	6	14
1930	5	12	17
1931	12	17	29
1932	10	15	25
1933	3	18	21
	55	102	157

Für uns würde also das Verhältnis 1 : 1,4 und nach rechnerischer Auffüllung, da eine Frauen- und 3 Männerstationen vorhanden sind, 1 : 5,6 zutreffen. Demgegenüber stehen Ergebnisse von 1 : 1,5 nach Hein, 1 : 4,3 (Grube und Graff), 1 : 7 (Arnsperger, Heidelberg) und 1 : 6,7 (Göttinger Klinik).

Wenn man einmal versucht, bei vorliegendem Material Rückschlüsse auf die Entstehung oder Auslösung des Gallensteinleidens zu ziehen,. so ist zuerst die Verteilung auf die verschiedenen Berufe, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, auffallend. Es ist interessant, daß im Gegensatz zur Cholecystitis, wo fast ausschließlich Landarbeiter, Handwerker oder Schwerarbeiter befallen waren, hier fast nur Menschen befallen sind, deren Beruf mit wenig körperlicher Bewegung oder nur mit sitzender Lebensweise verbunden ist. Tatsächlich sind von den 157 Patienten nur 15 Männer, deren Berufe mit körperlicher Arbeit und Bewegung verbunden sind (Schlosser, Landwirte, Handwerker) alle übrigen sind meistens Beamte, Büroangestellte, Rentner usw. Das gleiche gilt auch für Frauen, wo nur 9 in Berufen mit körperlicher Bewegung (Landarbeiterinnen, Krankenpflegerinnen usw.) arbeiten, die übrigen dagegen Ehefrauen sind und nur ihren Haushalt zu führen haben. Hierzu kommt noch, daß bei Frauen zweifellos die Menstruation, die Gravidität oder die Zeit post partum für das erstmalige Auftreten von Beschwerden verantwortlich zu machen sind. Blümel fand bei einem Material von 576 Frauen bei 34,9% erstmalige Gallensteinbeschwerden in der Gravidität oder unmittelbar im Anschluß daran. Dieses sagt natürlich nichts über die Entstehung von Konkrementen in der Schwangerschaft, sondern es können beschwerdefreie Gallensteinträger sein, bei denen die Beschwerden durch die Gravidität ausgelöst wurden. Gallensteinkranke sind ja nur der 20. Teil der Gallensteinträger. Andererseits zeigen aber Angaben in der Literatur, daß von den gallensteinkranken Patientinnen nur 10 bis 25% (Naunyn, W. Mayo, Petersen, Rohde u. a.) nicht geboren haben. Daraus wurde geschlossen, daß durch die Gravidität (Stauung) Entstehung von Konkrementen begünstigt werden kann. L. Seitz erkennt in der Gravidität ein mechanisches Moment für die Behinderung des Galleflusses, dagegen führt K. Westphal dieses auf eine Motilitätsneu-

rose während dieser Zeit zurück. Lehmann fand bei Versuchen eine erhöhte Ansprechbarkeit des vegetativen Nervensystems während der Menstruation, in dem es auf kleine Pilocarpingaben zu einem Krampfverschluß des Sphincter Oddi kam. In einzelnen Fällen glaube ich, nach den Angaben der Patienten zu urteilen, daß viele Jahre, bevor sich erstmalig typische Gallensteinbeschwerden einstellten, einmal eine Gallenblasenentzündung (Infektion) aufgetreten war, die ziemlich sicher als Ursache für die Steinbildung anzusprechen ist. Teilweise ist sogar früher einmal ein Cholecystitis vom Arzt diagnostiziert worden. Als Residuen einer vor langer Zeit überstandenen Cholecystitis fanden sich dann röntgenologisch verschiedentlich Schrumpfgallenblasen oder Einlagerung von Kalkschollen oder alte Verwachsungen in der Umgebung der Gallenblase. Die Steine selbst waren dann meistens durch einen kalkdichten Kern charakterisiert. Schließlich standen mir noch einige Operationsberichte zur Verfügung, nach denen die Gallenblase atrophisch oder hypertrophisch war, Narben oder Leistenbildung oder Kalkeinlagerungen als Zeichen einer ausgeheilten Cholecystitis aufwies. Der reine auf nicht entzündlicher Grundlage entstandene Cholesterinstein war mehrmals als Solitärstein vorhanden. Wenn also in erster Linie bei vorwiegend sitzender Lebensweise, die oft noch mit Adipositas und Plethora abdominalis vergesellschaftet ist, die Zwerchfellatmung mangelhaft ist und vorzugsweise costaler Atmungstyp als weiteres ungünstiges Moment für die Auslösung von Gallensteinbeschwerden hinzutritt, außerdem Menstruation und Gravidität das Zustandekommen fördern, so wären noch stärkere Erschütterungen, kaltes Trinken oder besonders fettreiche Mahlzeiten zu nennen, nach denen erstmalige Gallensteinbeschwerden auftraten. Ebenfalls Angaben, die ich mehrmals in unserem Material finden konnte. Im Gegensatz hierzu steht folgender Fall:

> Das Befinden dieses Patienten ist seit der Entlassung aus der Klinik am 8. 12. 1931 gut. Im Winter klagte er über leichte Schmerzen in der rechten Seite, die nach dem Rücken ausstrahlen, ohne sich aber dadurch wesentlich beeinträchtigt zu fühlen. Während der warmen Jahreszeit glaubt er solchen Erscheinungen am besten durch viel Bewegung begegnen zu können und bringt es im Radfahren nicht selten auf 200 km Tagesleistung.

Andererseits wiesen aber mehrere Patienten ganz besonders darauf hin, daß durch Fahren und damit verbundene Erschütterungen in der Folgezeit kleinere Rückfälle zu verzeichnen waren.

Wie ich schon bei der Cholecystitis erwähnte, so scheinen

auch bei Gallensteinen anderwärts bestehende Erkrankungen die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabzusetzen und die Keimeinwanderung in die Gallenblase zu begünstigen. In einigen Fällen bestand ein leichter oder mittelschwerer Diabetes mellitus, in anderen eine Lungentuberkulose oder Furunkulose und andere chronische Eiterungen. Soweit einige Angaben nach unserem Material, die als auslösende Ursachen für Gallensteinbeschwerden, bezw, nach Möglichkeit für die Entstehung von Gallensteinen in Frage kommen.

Als erstes subjektives Symptom wird von der überwiegenden Mehrzahl der Patienten die acute Gallensteinkolik angegeben. Bei schwerer Arbeit, beim Heben einer schweren Last, bei Erschütterung oder aber auch nachts bei völliger Ruhe trat dieses Ereignis plötzlich mit heftigen Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen ein. Dabei schwankt die Dauer eines solchen Anfalles zwischen einigen Minuten und vielen Stunden. Andere wieder empfinden weniger ausgesprochene Schmerzen als ein lästiges Druckgefühl in der Gegend der Gallenblase. Manchmal kann eine Kolik erfolgreich sein und der Stein gelangt bei angemessener Größe in den Darm. In den meisten Fällen aber finden wir, daß sich die Anfälle in der Folgezeit oft wiederholten, vielleicht auch abhängig von dem Genuß verschiedener Speisen, insbesondere von Fett oder Hülsenfrüchten, oder von Erkältung und nicht zuletzt von starken psychischen Traumen.

Von den 157 Patienten konnten durch die Nachfrage 112 (71,3%) erfaßt werden. 27 davon wurden nach der Aufnahme in die Medizinische Klinik sofort oder nach kurzer Beobach-

	Reiner Ikterus	Verdauungsbeschwerden mit mehr od. weniger ausgesprochen. Ikterus	Koliken	Koliken mit Ikterus	Schmerzen im re. Oberbauch mit Verdauungsbeschwerden	Koliken u. Verdauungsbeschwerden	Koliken und Fieber	
Männer	5	3	3	9	20	4	0	
Frauen	4	3	8	13	24	9	7	insges.
	9	6	11	22	44	13	7	112
Zur Operation verlegt:								
Männer	0	2	0	1	4	0	0	
Frauen	3	1	5	7	2	0	2	insges.
	3	3	5	8	6	0	2	27
Rein intern behandelt:								
Männer	5	1	3	8	16	4	0	
Frauen	1	2	3	6	22	9	5	insges.
	6	3	6	14	38	13	5	85

tungszeit zur Operation verlegt, so daß 85 Patienten rein intern behandelt wurden. In der Tabelle ist eine Übersicht nach den im Vordergrund stehenden und das Krankheitsbild beherrschenden Krankheitssymptomen aufgestellt mit der jeweiligen Verteilung auf Männer und Frauen, und gleichzeitig der operativ und konservativ behandelten Fälle. Im Hinblick auf die vorher erwähnten Indikationen zur Operation bei Cholelithiasis sind natürlich die in der Tabelle angeführten Symptome verschieden zu bewerten. Im großen ganzen wird es sich aber in der Hauptsache um graduelle Unterschiede handeln, wozu noch prognostische und prophylaktische Erwägungen aus der Erfahrung heraus kommen werden.

Wie bei der Cholecystitis so habe ich auch hier die beiden Gruppen der völlig geheilten und derjenigen mit nur unbedeutenden Beschwerden, die, wie ich schon vorher sagte, in vielen Fällen überhaupt nicht mit dem Gallenleiden ursächlich in Zusammenhang gebracht werden können, gemeinsam behandelt. Hierher gehören auch solche Patienten, bei denen durch leichte Traumen wie sie eben bei der Arbeit vorkommen, das Ergebnis der Behandlung zeitweise verschleiert worden ist, In ähnlichen Arbeiten über Spätergebnisse rein chirurgisch behandelter Gallensteinleiden finde ich für die zweite Gruppe mit leichten diffusen Beschwerden und noch ein oder zwei kolikartigen Anfällen nach der Operation durchschnittlich 12 bis 15% veranschlagt, was wohl für uns ebenfalls zutreffen dürfte. Der Erfolg ist aber in diesen Fällen als gut zu bezeichnen.

Demnach ergab die Nachfrage bei

52 Patienten völlige Heilung

mit Beschwerdefreiheit und Arbeitsfähigkeit, 16 davon waren operiert worden. Einem Patienten ist damals bei der Entlassung am 2. 8. 1933 zur Operation geraten worden, diese ist aber nach seinen jetzigen Angaben nicht ausgeführt worden da er ohne Beschwerden geblieben ist. 3 Jahre später stellten sich leichte Schmerzen ein, welche sich aber durch Wärmeapplikationen wieder vollkommen beseitigen ließen. Mehrere Patienten haben noch nachträglich die angeratene Badekur in Karlsbad, Mergentheim oder Schuls-Tarasp erfolgreich durchgeführt. In einem weiteren Falle ist eine alte Lungenerkrankung wieder erneut aufgeflammt und beeinträchtigt den Allgemeinzustand des Kranken sehr. Er gibt aber keine Folgen seines Gallensteinleidens an. Ein Patient ist 2 Jahre nach der Behandlung in einem auswärtigen Krankenhaus mit Erfolg operiert worden. Die folgende Tabelle zeigt auch hier wieder diese 52 Fälle in die einzelnen Jahre verteilt, die seit der Entlassung aus der Klinik verstrichen sind. 6 Patienten z. B. sind nach 4 Jahren noch beschwerdefrei, 5 nach 5 Jahren, 3 nach 10 Jahren, und so weiter. Weitere 8 Patienten müßten noch zu dieser Gruppe gerechnet werden:

2 sind nach 5 bezw. 7 Jahren im Alter von 59 bezw. 46 Jahren an einem Herzleiden gestorben, nachdem es ihnen nach der Behandlung gut gegangen ist, und die übrigen

6 haben entweder eine Operation abgelehnt oder sich nach der Beobachtung nicht einer Behandlung unterzogen oder haben die Klinik auf eigenen Wunsch verlassen oder sind zu einer Wiedervorstellung, insbesondere zur Klärung der Frage einer Operation, nicht mehr erschienen.

Zur 2. Gruppe rechnen

33 Patienten (7 davon sind chirurgisch behandelt worden), die auch heute noch über leichte Beschwerden klagen, teilweise verbunden mit leichten bis mittelschweren kolikartigen, aber nur selten auftretenden Anfällen. Gegenüber dem Zustand vor der Behandlung ist aber eine weitgehende Besserung und vor allem wieder Arbeitsfähigkeit eingetreten. Belastend kommen hierzu jene bei der ersten Gruppe angeführten 6 Patienten, die auf die Behandlungsvorschläge nicht eingegangen sind. Ferner ein Fall, bei dem eine Lungentuberkulose das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt und ein Fall mit erneuter Verschlimmerung während der Schwangerschaft.

8 Patienten blieben ungeheilt oder dieselben Beschwerden wie vorher traten schon kurze Zeit nach der Behandlung er-

neut wieder auf. Davon ist eine Patientin noch 6 Jahre nach der Behandlung in einem anderen Krankenhause operiert worden. 3 führen die Verschlimmerung auf Erschütterung und schwere Arbeit (Landwirt, Heizer) zurück.

Gestorben sind inzwischen 19 Patienten:

5 (im Alter von 48, 53, 54, 52 und 66 Jahren) bei der Operation an Herz- und Kreislaufschwäche. In einem Falle, einer 52 jährigen Frau, wurde bei der Laparatomie ein inoperabler Gallenblasentumor festgestellt.

2 (im Alter von 32 und 60 Jahren) ebenfalls nach einer Gallenblasenoperation in einem auswärtigen Krankenhaus, ½ bezw. 1 Jahr nach der Entlassung aus unserer Klinik. Die erste Patientin hatte damals die Klinik auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat verlassen. Bei der zweiten mußte die Operation wegen einer acuten Pancreatitis vorgenommen werden.

2 (im Alter von 39 und 54 Jahren) 5 bezw. 7 Jahre nach der Entlassung aus der Klinik an Herzleiden, nachdem keine Gallensteinbeschwerden mehr aufgetreten waren.

1 (im Alter von 63 Jahren) 5 Jahre nach der Entlassung aus der Klinik an Magencarzinom.

1 (im Alter von 42 Jahren) 2 Jahre nach der Entlassung tödlich verunglückt. Der Gesundheitszustand war bis dahin gut.

Bei den restlichen 8 Patienten, die bei der Behandlung im Alter von 54, 34, 67, 52, 59, 53, 53 und 60 Jahren standen, konnte über die Todesursache und über den Zustand nach der Entlassung aus der Klinik nichts mehr in Erfahrung gebracht werden.

III. Cholangitis.

Gleichfalls in engem Zusammenhang mit der Cholecystitis und Cholelithiasis steht die Cholangitis. „Verwachsungen" bringen weniger die „Pseudorezidive" als resistierende Cholangitis und Cholangiolitis und Krampfzustände am Sphincter Oddi (Schmieden). Klinisch ist die Cholangitis noch ein sehr umstrittenes und in seiner Genese noch nicht völlig geklärtes Krankheitsbild. Nach Naunyn versteht man darunter den Infekt der steinfreien Gallenwege, d. h. aller galleabführenden Kanäle von den intrazellulären Röhrchen bis zur Papilla Vateri. Die gesonderte Stellung der Gallenblase im System der Gallenwege, anatomische Besonderheiten im Bau der Wand und der Schleimhaut und schließlich auch damit verbunden besondere Krankheitserscheinungen, erfordern bis zu einem gewissen Grade eine Trennung von den übrigen entzündlichen Erkrankungen der Gallenwege. Als Infektionsmodus kommt der lymphogene, haematogene und enterogene Weg in Frage,

wobei zu bemerken ist, daß nach Fraenkel, Poppert und Gundermann der haematogene der bei weitem überwiegende sein soll. Eine reine Cholangitis kommt für sich allein selten vor. Nach Aschoff unterscheidet man eine leichtere katarrhalische und eine schwerere eitrige Form, welche für die biliäre Zirrhose große genetische Bedeutung haben. Bei Gallensteinen kann es im Ductus cysticus, besonders aber im Ductus choledochus zu eitrig- oder pseudomembranös-ulceröser Cholangitis und nach deren Abheilung zu Narbenstenosen mit ihren Folgen kommen. Cholangitis hyperplastica ist eine chronische Entzündung der Gallengänge mit Wandverdickung und Epithelwucherung, die hauptsächlich bei Parasiten (Distomum) gefunden wird. Bei Typhus hat man mehrmals beobachtet, daß eine eitrige Cholangitis erst in der Rekonvaleszenz auftrat und dann oft Perforation mit Peritonitis droht. In gleicher Weise kann sie als Komplikation oder Nachkrankheit auch bei Cholera, Pyaemie, Dysenterie u. a. auftreten. Prognostisch ungünstig ist weiterhin eine Cholangitis im Falle einer Stauung bei Anwesenheit von Konkrementen, namentlich im höheren Alter, wobei es häufig als Ausgang zu multiplen Abszessen in der Leber kommt. Aber auch von einer Cholangitis aus drohen als Komplikationen Pylephlebitis, Septicaemie, Endocarditis, Meningitis und von der Gallenblase ausgehend, Peritonitis. Aus allem diesen erhellt, daß es sich bei dieser Erkrankung um ein prognostisch ernstes Leiden handelt.

Der Beginn der Erkrankung kann schleichend sein, aber auch plötzlich einsetzen. Die Beschwerden beschränken sich oft auf ein lästiges Druckgefühl oder mäßige Schmerzen in der Lebergegend, doch kommen typische Kolikanfälle wie bei Cholelithiasis durchaus vor. Inappetenz, Erbrechen, Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme, schlechte Stimmung werden meistens beobachtet. Die Gelbsucht als Kardinalsymptom kann leichte bis schwerste Grade annehmen und hängt von der Beteiligung des epithelialen Leberparenchyms ab, und ist damit auch im Zusammenhang mit den anderen Erscheinungen, wie acholische Stühle, Bilirubinurie und Bilirubinaemie, ein Gradmesser für die Schwere der Erkrankung. Klinisch verläuft die Erkrankung meist unter den Symptomen einer schweren Leberintoxikation. Die Cholangitis zeichnet sich durch verschiedenen Fieberverlauf aus, die Temperaturen können hektische Grundzüge annehmen, doch auch normal sein. Mitunter beobachtet man sogar Schüttelfröste. Die Leber ist meist palpabel und druckempfindlich.

Unsere Nachfrage erstreckte sich auf 17 Cholangitisfälle, von denen 14 erfaßt werden konnten, 9 Männer und 5 Frauen. Die Tafel gibt eine Übersicht mit den im Vordergrund stehenden Krankheitssymptomen:

	Ikterus	Fieber	Schüttelfrost	Druckschmerz in der Lebergegend	Koliken	Verdauungsbeschwerden
Fall 1 Mann 22 J	+	+		+		
„ 2 Mann 45 J	+			+		+
„ 3 Mann 48 J	+			+		
„ 4 Frau 64 J			+			+
„ 5 Frau 42 J	+			+	+	
„ 6 Frau 17 J		+				+
„ 7 Mann 39 J		+		+		+
„ 8 Mann 43 J	+					+
„ 9 Frau 48 J	+	+				+
„ 10 Frau 21 J	+					+
„ 11 Mann 52 J	+			+		
„ 12 Mann 42 J	+		+	+		
„ 13 Mann 84 J	+				+	
„ 14 Mann 35 J	+				+	

Das Ergebnis ist im einzelnen folgendes: Völlige Beschwerdefreiheit mit Arbeitsfähigkeit bei 7 Patienten

Fall 1, 7 J. seit der Entl., Beruf Tischer jetzt 29 J.
„ 2, 7 „ „ „ „ „ Güterbodenarbeiter „ 52 „
„ 3, 11,5 „ „ „ „ „ Steinbrucharbeiter „ 59 „
„ 4, 8,5 „ „ „ „ „ Ehefrau „ 72 „
„ 6, 6,5 „ „ „ „ „ Ehefrau „ 24 „
„ 9, 12 „ „ „ „ „ Ehefrau „ 60 „
„ 14, 5 „ „ „ „ „ Beamter „ 40 „

Bei Fall 4 und 14 handelte es sich um resistierende Cholangitiden nach Gallenblasenoperationen. Der Eingriff lag 6 bezw. ½ Jahr zurück.

2 Patientinnen, eine jetzt 56 jährige und eine 33 jährige Frau, klagen noch heute über ziemlich starke Beschwerden, in erster Linie über Verdauungsstörungen und zeitweise stärkeren Druckschmerz in der Lebergegend. Die erste Patientin gibt an, daß sich das Leiden durch schwere Arbeit (Krankenpflegerin) verschlimmert hat, und daß sie außerdem wegen eines Herzleidens in ärztlicher Behandlung ist. Zweifellos werden hier Stauungserscheinungen eine Rolle spielen. Im zweiten Falle sind die Beschwerden im Anschluß an eine Gravidität erneut aufgetreten.

Gestorben sind inzwischen 5 Patienten:

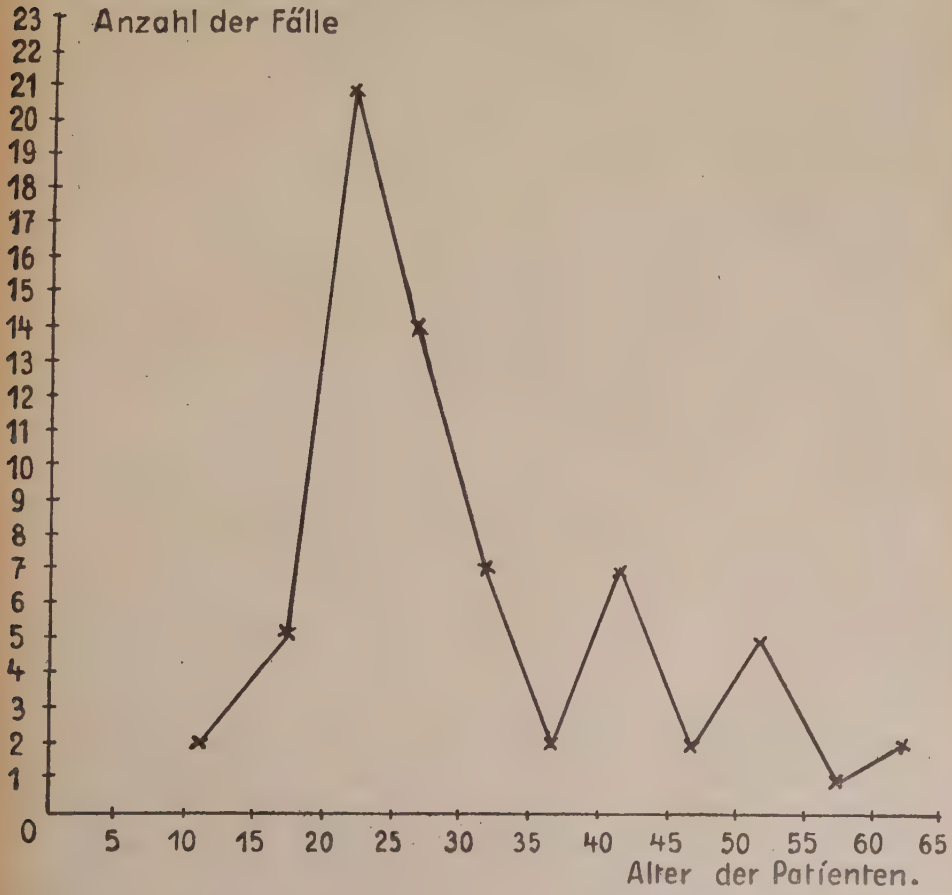
2 Männer im Alter von 39 bezw. 42 Jahren im Anschluß an die Operation. Bei dem ersten war nur eine Laparatomie vorgenommen worden, wobei der schon vorher geäußerte Verdacht auf eine Leberzirrhose bestätigt werden konnte.

1 Patient im Alter von 43 Jahren, von Beruf Gastwirt, starb ¼ Jahr nach der Entlassung aus der Klinik. Es bestand damals ebenfalls Verdacht auf eine Leberzirrhose.

Bei den restlichen 2, einem 84 jährigen und einem 52 jährigen Manne konnte auf Grund der Nachfrage die Todesursache nicht mehr ermittelt werden.

IV. Ikterus catarrhalis.

In den Jahren von 1924 bis 1934 sind in unserer Klinik 68 Patienten wegen Ikterus catarrhalis behandelt worden. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte gewöhnlich erst, nachdem die Erkrankung nach längerer Hausbehandlung nicht zurückgegan-



gen war. Bei dem größten Teil der Patienten zeigten sich initiale Magen-Darmerscheinungen, Druckgefühl in der Magengegend, Übelkeit, Kopfschmerzen, Obstipation oder auch Diarrhoe, mitunter leichte Temperaturerhöhungen. Nach einigen Tagen traten dann acholische Stühle und Bilirubinurie auf. Andere Patienten erkrankten unmittelbar nach groben Diätfehlern, nach Genuß von sehr fetten Speisen oder kopiösen Mahlzeiten. Auch zu kaltes Trinken, namentlich geistiger Getränke, wurde als auslösende Ursache angegeben. Wie die Tabelle zeigt, waren fast ausnahmslos jüngere Menschen etwa bis zum 30. Lebensjahre befallen.

In einem Einzelfalle handelte es sich scheinbar um einen ausgesprochenen Ikterus ex emotione. Ein 11 jähriger Junge war nach einem Unglücksfall mit einer Kontusion des Thorax in die Klinik eingeliefert worden. Es bestand Ikterus. Bei einem Schreckikterus dürfte es sich um einen vorübergehenden spastischen Verschluß der Papilla Vateri handeln, eine Erscheinung, die verhältnismäßig schnell wieder abklingt. Der Patient ist damals geheilt entlassen worden und hat bis heute, nach 13 Jahren, keine Folgen mehr verspürt.

Von den 68 Patienten (26 Frauen und 42 Männer) konnten 35 (51,4%) durch die Nachfrage erfaßt werden. In 29 Fällen sind bisher keinerlei Folgeerscheinungen mehr aufgetreten, nur geben 4 Patienten an, daß sie eine gewisse Abneigung gegen fette Speisen haben und zuweilen darauf ein unangenehmes Druckgefühl in der Magengegend bekommen. Die übrigen haben noch einige Wochen nach der Behandlung eine Diät durchgeführt, können aber jetzt alle Speisen ausnahmslos vertragen.

In 3 Fällen werden noch heute mehr oder weniger starke Beschwerden angegeben. Bei einer jetzt 67 jährigen Frau traten 3 Jahre nach der Behandlung erneut Beschwerden mit Druckgefühl in der Lebergegend auf. Es bestand damals Steinverdacht, der aber röntgenologisch nicht ganz sichergestellt werden konnte. In dem zweiten Falle, einem jetzt 36 Jahre alten Schmied, ist die Beurteilung mit Rücksicht auf andere Beschwerden nicht ganz klar zu führen. Im Vordergrund stehen die Folgeerscheinungen nach einer Verletzung durch ein Pferd, wobei es zu einer Brustquetschung und einem doppelten Beinbruch gekommen war. Außerdem klagt er aber noch über Schmerzen im rechten Oberbauch nach körperlicher Überanstrengung. Bei dem dritten Patienten sind gleichfalls die Hauptmerkmale des jetzigen Zustandes auf einen Hufschlag, den er vor ca. 20 Jahren gegen den Unterleib erhalten hatte, zurückzuführen. Daneben bestehen aber noch immer Schmerzen in der Lebergegend und sehr starkes Hautjucken. Ikterus ist nicht vorhanden.

3 Patienten sind inzwischen gestorben:

Die Patientin E. Sch., 53 Jahre alt, wurde vom 2. 7. bis 19. 8. 1932 in unserer Klinik behandelt. Bei der Entlassung fühlte sie sich vollkommen beschwerdefrei und der Ikterus war abgeklungen. Im März 1923 war sie wegen eines Ovarialtumors operiert worden. Nach dem Bescheid des Arztes handelte es sich damals um ein malignes Ovarialkystom. Seit Bestehen des Ikterus hatte die Patientin 6 kg an Gewicht verloren, die Blutsenkungsgeschwindigkeit war stark erhöht. Wahrscheinlich kommen als Todesursache ein Rezidiv oder Metastasen in Frage. Bei den beiden anderen Fällen, die im Alter von 44 bezw. 63 Jahren standen, konnte ich die Todesursache nicht mehr ermitteln. Tumorverdacht bestand nicht.

Zusammenfassung.

An der Breslauer Medizinischen Universitätsklinik konnten von 134 Cholecystitisfällen in einem Zeitraum von 10 Jahren bei einer Nachfrage 85 erfaßt werden. 55 Patienten (6 waren chirurgisch behandelt worden) sind völlig beschwerdefrei geblieben. 18 (2 davon waren operiert worden) klagen noch über leichte Beschwerden, besonders nach Diätfehlern, sind aber arbeitsfähig. In 4 Fällen war das Ergebnis der Behandlung nicht befriedigend. Gestorben sind 9 Patienten. Berufe, die mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind, waren in der überwiegenden Mehrzahl vorhanden. Es ergab sich, daß an erster Stelle Diätfehler und schwere körperliche Arbeit das Behandlungsergebnis nachteilig beeinflussen. Cholecystitiden während oder nach der Gravidität scheinen therapeutisch gut beeinflußbar zu sein.

Von 157 Cholelithiasisfällen wurden 112 erfaßt, von denen 27 operiert worden waren. 52 bezw. 60, wenn man diejenigen, die sich der vorgeschlagenen Behandlung entzogen haben, mitrechnet, sind beschwerdefrei geblieben, davon 16 nach Operation. 33 (7 nach Operation) klagen noch heute über leichte Beschwerden, sind aber ebenfalls arbeitsfähig. 8 (1 nach Operation) zeigten keine wesentliche Besserung. Gestorben sind inzwischen 19 Patienten. Im Gegensatz zur Cholecystitis sind hier an erster Stelle Berufe, die mit vorwiegend sitzender Lebensweise verbunden sind, vertreten. Bei ungünstiger Entwicklung des Leidens spielen dieselben Faktoren wie bei der Cholecystitis eine Rolle.

Bei 14 Cholangitisfällen (insgesamt 17) zeigten 7 einen guten Behandlungserfolg, 2 davon waren resistierende Cholangitiden nach Gallenblasenoperation. 2 sind nicht beschwerdefrei. 5 sind inzwischen gestorben, davon 2 im Anschluß an die Operation und 1 an Leberzirrhose.

Von 68 Fällen mit Ikterus catarrhalis, von denen 35 erfaßt werden konnten, sind 29 völlig beschwerdefrei. 3 zeigen ein nicht voll befriedigendes Ergebnis der Behandlung, was sich aber auf schwere Traumen bezw. auf die Möglichkeit des Vorhandenseins von Steinen zurückführen läßt. 1 Patientin ist an Tumormetastasen gestorben und 2 weitere an unbekannter Ursache. Es zeigte sich, daß Diätfehler in der Folgezeit kaum einen nachteiligen Einfluß haben.

Zu großem Dank verpflichtet bin ich Herrn Professor Dr. med. Gutzeit für die Überlassung des Themas sowie für die freundliche Übernahme des Referates.

Literaturverzeichnis.

1. Ghon: Aschoff, Path. Anatomie, Bd. II., Leber, Gallenblase und Gallenwege, Pancreas.
2. Aschoff: Von den Bedingungen der Gallensteinbildungen. Med. Wschr., 1926 Nr. 42/43.
3. Dietrich: Pathologische Anatomie, 1935.
4. Heberlein, Herm.: Dissertation (Med. Poliklinik der Universität Hamburg) (1932).
5. Umber: Bergmann-Staehelin: Handbuch der Inn. Med. 1926.
6. Naunyn: Dtsch. Med. Wschr. 1911, Nr. 44.
7. derselbe: Mitt a. d. Grenzgebieten der Med. und Chir. 33, 1921.
8. Quinke und Hoppe-Seyler: Die Krankheiten der Leber 1899.
9. L. Seitz: Dtsch. Med. Wschr. 1912, Nr. 15.
10. K. Westphal: Zeitschr. für klin. Medizin, Band 96.
11. H. H. Schmid: Arch. für klin. Chirurgie, Band 125, S. 121.
12. P. Blümel: Zur Statistik des Gallensteinleidens. Bruns Beitr. zur klin. Chir., Nr. 152 (1931).
13. Grube und Graff: Zit. nach Kehr, Chir. der Gallenwege. Neue dtsch. Chir. 8. 250 (1913).
14. Arnsperger: Samml. zwangl. Abhdlg. aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, 3, 3.
15. W. Schäfer: Arch. f. Gynaecologie, Bd. CL, Heft 3.
16. Kliewe: Zeitschr. für Hygiene und. Infektionskrankheiten 96, 243.
17. Fränkel und Much: Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankheiten. 1911. Bd. 64.
18. Sulzbacher, Herbert: Dissertation (Chir. Univ.-Klinik Marburg) (1935).
19. Garré, Borchard, Stich: Lehrbuch der Chirurgie, 1935.

20. A. v. Domarus: Grundriß der Inn. Medizin, 1934.
21. Amann: Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaecologie 41, 1915.
22. Christiani: Cholecystitis im Wochenbett, Monatschr. für Geburtsh. und Gynaecologie 21. 1905.
23. C. A. Kunath: Zit. nach K. Fritsch, Kassel: Die steinfr. Gallenblase. J. amer. med. Assoc. 109, Nr. 3 (1937).
24. A. Schmechel: Zentralblatt für die ges. Medizin 1934, 12 Spätresultate operierter steinfr. Gallenblasen.
25. Hoffmann: Beitr. klin. Chirurgie 139 (1927).
26. derselbe: Klin. Wschr. 1925, Nr. 42.
27. v. Haberer: Dtsch. Z. Chir. 339, 415 (1933).
28. derselbe: Med. Klinik 1932, Nr. 13.
29. Schmieden u. Niessen: Kongreßbl. Inn. Med. 44 (1932).
30. v. Bergmann: Dtsch. Med. Wschr. 1926, Nr. 42/43.
31. Langenbeck: Arch. f. klin. Chir., Bd. 112, S. 707.
32. C. W. Rösgen: Chir. Behdlg. der Cholangitis. Dtsch. Med. Wschr. Nr. 16 (1939).
33. Lehmann: Beitrag zur Klinik der Cholelithiasis. Med. Klinik 1921, Nr. 3.
34. Bacmeister: Münch. Med. Wschr. 1908. Nr. 17.
35. Riedel: Grenzgeb. f. Med. u. Chir. 1908. Bd. 19.
36. E. Lieck: Über Koliken und Schmerzrezidive. Arch. für klin. Chir., Bd. 128, S. 132.
37. La Manna: Virchows Arch., Bd. 298, S. 44 (1937).

Fragebogenmuster.

Med. Universitätsklinik
Breslau,
Hobrechtufer 4.

Datum des Poststempels.

Sie waren vom . . . . . bis . . . . . wegen Ihres Gallenleidens zur Behandlung in unserer Klinik

Da wir Interesse dafür haben, ob Sie gesund gewesen sind oder noch Beschwerden haben, bitten wir Sie — im Auftrage von Herrn Professor Gutzeit — den Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Wie lange waren Sie nach unserer Behandlung beschwerdefrei?
Wie ist Ihr augenblicklicher Gesundheitszustand?
Sind Sie voll leistungsfähig?
Können Sie Ihren Beruf voll ausfüllen?
Haben Sie nach Diätvorschrift gelebt?
Welche Beschwerden stellten sich ein?
Wann wurden Sie wegen Ihres Gallenleidens wieder arbeitsunfähig?

Wann und wie lange waren Sie nach der Entlassung aus der Klinik in ärztlicher Behandlung?
Wer ist der behandelnde Arzt?
Zu welchen Zeiten und in welchen Krankenhäusern oder Kliniken sind Sie seit der Entlassung behandelt worden?
Konnten Sie sich entsprechend der Anweisung in der Klinik diätisch und mit der Arbeit schonen?
Welche Ursachen führten wieder zur Verschlimmerung?
Wieviel rauchen Sie pro Tag?
Wieviel Alkohol pro Tag?
Trinken Sie z. B. Sonntags ein paar Schoppen? Wieviel?
Haben Sie sich bei Festlichkeiten oder ähnlichen Anlässen einmal wieder zuviel zugetraut?
Haben Sie einmal einen heftigen Schlag oder Stoß gegen die Lebergegend bekommen?
Was für Arbeit haben Sie gehabt?
Ist Ihr Beruf mit schwerer, leichter, körperlicher oder geistiger Arbeit verbunden?
Konnten Sie sich schonen?
Haben Sie ein regelmäßiges oder unregelmäßiges Leben geführt, insbesondere in bezug auf Mahlzeiten und die Nachtruhe?
Konnten Sie die Diät durchführen?
Warum nicht?
Hat inzwischen eine Operation stattgefunden?
Wo und was für eine?
Zu welcher Zeit?
Wie lange waren Sie nach der Operation beschwerdefrei?
Ist Ihr Zustand ein besserer, schlechterer oder der gleiche wie vor der Operation?
Welche Beschwerden sind nach der Operation geschwunden?
Welche geblieben?
Welche neu entstanden?
Würden Sie sich — falls nicht gesund — einer erneuten Beobachtung und Behandlung in unserer Klinik unterziehen?

Lebenslauf.

Am 8. Juli 1912 wurde ich in Breslau als Sohn des im Jahre 1914 verstorbenen Buchhalters Alfred Ehrlich und seiner Ehefrau Charlotte, geb. Susemihl, geboren. Von 1918 bis 1922 besuchte ich die evgl. Volksschule in Wartha, Kr. Frankenstein, und anschließend die Knabenmittelschule in Glatz. Danach wurde ich Schüler der Deutschen Oberschule in Münsterberg i. Schles. und bestand daselbst Ostern 1932 die Reifeprüfung. Das gesamte Medizinische Studium von 11 Semestern absolvierte ich an der Schles. Friedrich-Wilhelms-Universität in Breslau, wo ich 1934 die ärztliche Vorprüfung und am 30. September 1937 das Staatsexamen ablegte. Nach einer kurzfristigen Übung bei der Luftwaffe war ich vom 1. Januar bis 31. Dezember 1938 als Medizinalpraktikant am Kreiskrankenhaus in Strehlen (Dr. Steinberg) beschäftigt und wurde in dieser Zeit erneut zu einer militärischen Übung von 4 Wochen Dauer eingezogen. Januar bis Mai 1939 war ich als Volontärassistent an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses „Bethesda" (Prof. Dr. Rahm) in Breslau beschäftigt und bin seit dieser Zeit bei einer Sanitätsstaffel der Luftwaffe, zuletzt als Assistenzarzt d. R., mit der ich an den Feldzügen in Polen, Holland, Belgien und Frankreich teilgenommen habe.